Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 413.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 50 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.





Do dzisiejszego Nru załącza się prospekt: Chirurgia „Operacyjna. Prof. Dr R. Węgłowski“.


OCHRONNA
MATULA

Rok LVIII. Kraków, 12. kwietnia 1919. Nr. 15.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

## Przypadek śmierci z powodu »natychmiastowego odczynu«

Podał*)

**Dr Tadeusz Tempka.**

Ponieważ ciężki przebieg choroby posurowiczej jest rzadki, a zejście śmiertelne należy do nadzwyczajnych wyjątków, uważam za wskazane przytoczyć tu w krótkości tego rodzaju przypadek, który spostrzegałem w szpitalu polowym w r. 1917.

16. kwietnia przyjęto do szpitala 24-letniego piechura K. F., u którego stwierdziłem objawy oponowe; w mętnym płynie mózgowordzeniowym stwierdzono meningokoki. 18. IV. otrzymał chory 25 cm³ surowicy przeciwmeningokokowej przez nakłucie lędźwiowe; 20. IV. zrobiłem ponowne nakłucie (płyn mniej mętny, zawierał dwoinki Weichselbauma) i wstrzyknąłem 25 cm³ surowicy. W ciągu następnych czterech dni wystąpiła wyraźna poprawa co do wszystkich objawów; piątego dnia jednak zwiększyła się znowu sztywność karku, bóle głowy i objaw Kerniga, wskutek czego wykonałem ponowne nakłucie lędźwiowe (25. IV.) i zastosowałem 25 cm³ surowicy.

Dotychczasowe trzy wstrzyknięcia surowicy zniósł chory bardzo dobrze; tylko podczas samego wstrzykiwania skarżył się na ciągnące bóle w kończynach dolnych. Za każdym razem wypuszczałem około 30—35 cm³ płynu mózgowordzeniowego. Ani bezpośrednio, ani też w następnym dniu po wstrzyknięciu surowicy nie okazywał chory żadnych objawów przewrażliwienia (anafilaksyi).

Stan chorego pogarszał się jednak coraz więcej z każdym dniem: objaw Kerniga, sztywność karku, bóle głowy, brak apetytu i wychudnienie postępowały szybko, a nadto chory coraz częściej tracił przytomność. Ze względu na ten przebieg choroby, gdzie już nic nie było do stracenia, przystąpiłem jeszcze raz do nakłucia lędźwiowego, a mianowicie 4. maja, t. zn. w 10 dni po ostatniem, w 17 dni po pierwszem wstrzyknięciu surowicy. Jak poprzednich, tak samo i tego nakłucia dokonałem na chorym leżącym; po wypuszczeniu 35 cm³ płynu mózgowordzeniowego wstrzyknąłem pod małem ciśnieniem i bardzo powoli 25 cm³ surowicy.

Mniej więcej w pół minuty po wstrzyknięciu chory zesiniał nagle bardzo silnie z wyjątkiem twarzy, która była bladożółta; w obrębie powiek, otworu nosowego i ust wystąpił również nagle silny obrzęk. Źrenice były rozszerzone, oddech przyspieszony, ale miarowy i głęboki. Uderzenie koniuszkowe serca i tętno tętnicy sprychowej znikły od samego początku; przy osłuchiwaniu serca można było stwierdzić bardzo głuche, słabe, jakgdyby z głębi dochodzące tony. Chory był przytomny, ale bardzo niespokojny i okazywał nadzwyczajne uczucie trwogi. Na skórze nie widziałem żadnej wysypki, na badanie moczu nie było czasu.

Mimo natychmiastowego wstrzyknięcia podskórnego kamfory i kofeiny, a śródżylnie digalenu, nie mogłem pobudzić serca do czynności. Chory tracił powoli przytomność, ruchy oddechowo stawały się coraz płytsze i rzadsze i wreszcie w 4 godziny po wstrzyknięciu surowicy nastąpiła śmierć.

Sekcya dała następujący wynik: ropne zapalenie opon miękkich na podstawie i wypukłości mózgu, przekrwienie i obrzęk tkanki mózgowej i opon, rozszerzenie komór nieznacznego stopnia. W innych narządach zmian nie było.

W płynie uzyskanym przy ostatniem nakłuciu wykazano meningokoki.

Sądzę, że w przytoczonym przypadku chodziło o typową chorobę posurowiczą, a mianowicie jej najostrzejszą formę, t. zw. »odczyn natychmiastowy«, stanowiący analogię do wstrząsu anafilaktycznego królików i świnek morskich; przybrała ona tutaj wyjątkowo gwałtowną formę i była bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego. Okolicznością sprzyjającą do wywołania stanu anafilaktycznego była z jednej strony wielka ilość surowicy (75 cm³), zużyta przy poprzednich trzech nakłuciach, z drugiej zaś dosyć duży okres czasu, jaki upłynął między trzeciem, a ostatniem wstrzyknięciem. Wysypki skórnej, ani odczynu miejscowego nie było; wpłynął na to prawdopodobnie fakt, że surowica została wprowadzona do ustroju nie podskórnie, tylko pod oponę twardą.

*) Przypadek z b. austryackiego szpitala polowego 109.

# Oceny i sprawozdania.

## Leczenie surowicami i szczepionkami bakteryjnemi.

Sprawozdanie poglądowe.

Podał Prym. **Dr Antoni Krokiewicz.**

(Ciąg dalszy).

XIV. Surowica gronkowcowa. Leczenie surowicą gronkowcową dotychczas nie daje wybitnie korzystnych wyników, gdyż dotąd nie udało się otrzymać surowic wysokowartościowych. Odnośne surowice antytoksyczne i bakteryobójcze wyrabiali: Viquerat, Petersen, później: Kolle i Otto, Pröscher i Reichenbach. Najlepsza jeszcze jest surowica Kollego, inne są słabe i potrzeba ich użyć przynajmniej w ilości 500 cm sz. i więcej. Dla otrzymania surowic używano obumarłych i żywych jadowitych hodowli gronkowców (staphylococcus). Kolle przez wstrzykiwanie królikom obumarłej hodowli otrzymywał surowicę silnie aglutynującą. Parascandolo radzi używać dla celów uodpornia toksyn, gdyż naówczas otrzymana surowica działać ma skuteczniej przeciw gronkowcowi złocistemu i żółtemu. Pröscher przez wstrzykiwanie zwierzętom bardzo jadowitych gronkowców otrzymał surowicę silnie aglutynującą. Wyniki lecznicze tych surowic wogóle nie są zachęcające.

XV. Surowica przeciwpaciorkowcowa. Po odkryciu surowicy Behringa starano się otrzymać surowicę przeciw zakażeniu paciorkowcami (febris puerperalis streptococcica, erysipelas, scarlatina, sepsis). Paciorkowce nie wytwarzają odpowiednio silnej toksyny, potrzebnej do wywołania antytoksyn, a więc surowicy antytoksycznej; dlatego nie można otrzymać skutecznej surowicy przeciwpaciorkowcowej. Również nie udało się otrzymać surowicy paciorkowcowej, rozpuszczającej bakterye, jak w cholerze i durze brzusznym. Dopiero Denys i jego uczniowie (1896) zdołali uzyskać surowicę, która u zwierzęcia i w probówce wzmaga fagocytozę i zawiera bakteryotropiny (opsoniny). Z biegiem czasu wytwarzali różne surowice: Marmoreck, Tawel, Aronsohn, Menzer (pracownia Mercka). Obecnie znajdują

się w obiegu surowice, wytworzone zapomocą jednego szczepu (t. zw. jednowartościowe) i zapomocą mieszaniny różnych szczepów paciorkowców (t. zw. wielowartościowe). Do wyrabiania surowic używa się szczepów, bezpośrednio z człowieka uzyskanych lub przeszczepianych (mniej lub więcej) przez szereg zwierząt. Jeśli się używa do otrzymania surowicy tylko jednego szczepu (Marmorek), to otrzymuje się surowicę, która chroni zwierzę doświadczalne od zakażenia tym szczepem, ale nie działa przeciw innym szczepom. Surowice, wytworzone przy zadziałaniu różnych szczepów (które przez szczepienie na szeregu zwierząt osiągnęły wysoki stopień jadowitości), ochraniają wprawdzie zwierzęta od zakażenia różnymi szczepami, atoli tę jadowite dla zwierząt szczepy są przeważnie nieszkodliwe dla człowieka i dlatego te surowice nie dają rękojmi skutecznego działania u ludzi. Najodpowiedniej używać dla chorych surowicy, wytworzonej zapomocą licznych, bezpośrednio z człowieka chorego uzyskanych szczepów, które nie były przeszczepiane na zwierzęta i nie utraciły jadowitości właściwej dla ustroju ludzkiego. Tego rodzaju surowice trudno badać na zwierzętach, bo szczepy, bezpośrednio z ludzi wyhodowane, rzadko posiadają odpowiednią i dostateczną jadowitość dla zwierząt doświadczalnych. Natomiast nowsze badania nad niwecznikami, t. j. odchylenie dopełniacza i obecność opsonin, umożliwiają należyte oznaczenie równomiernej wartości surowicy.

Surowica Menzera, z pracowni Mercka, jest wielowartościową i sporządzoną zapomocą rodzimie ludzkich szczepów. Obecnie wytwarza się ją zapomocą mieszaniny 200 blizko różnych szczepów z przypadków chorobowych: zapalenia gardła, róży, gorączki połogowej, płonicy i posocznicy — w ten sposób, iż wciąż doprowadza się świeże szczepy, aby nie używać takich hodowli, które zadługo przebywały na sztucznych pożywkach i przez to utraciły swój pierwotny swoisty charakter. Surowica Menzera stosowana bywa w gośćcu stawowym i w innych zakażeniach paciorkowcowych.

Ostry gościec stawowy polega, według Menzera, na streptokokcemii. Działanie surowicy jest bakteryotropiczne (opsoniczne), t. j. że bakterye powodujące gościec są tak przez surowicę przysposobione, iż je mogą pochłaniać leukocyty. W ostrym gośćcu wstrzykuje się podskórnie w udo codziennie 10 cm sz. surowicy i tylko przy wysokich gorączkach leczenie to na jeden dzień się przerywa. W przypadkach przewlekłych stosuje się tę samą dawkę, ale co kilka dni. Ogólna ilość surowicy w przypadkach ostrych dochodzi conajmniej do 50 cm sz., a w przewlekłych do 100 cm sz. Ostre zapalenie wsierdzia i wady sercowe nie stanowią przeciwwskazania. Przy wysokiej gorączce (hyperpyrexia) i znacznych wysiękach opłucnych i osierdziowych należy zachować wielką ostrożność i początkowo wstrzykiwać 5 cm sz. surowicy.

Bibergeil poleca leczenie surowicą tylko w przyostrych i przewlekłych przypadkach gośćca i opisuje korzystny wynik w jednym przypadku spondylitis ankylotica. Schäfer wstrzykiwał z dobrym skutkiem 1—5 cm sz. surowicy bez podawania salicylu, który, jego zdaniem, zbyt psuje żołądek i upośledza łaknienie, a wywołuje poty. Kanel w 21 przypadkach gośćca uzyskał 14 razy wyleczenie surowicą. Surowica jest, jego zdaniem, nie szkodliwą i może być stosowana i w przypadkach gośćca, powikłanego z zapaleniem wsierdzia. Ratzeburg wyleczył surowicą 50-letniego mężczyznę chorego na odnawiający się gościec (zużył w całości 23 cm. sz. surowicy). (C. d. n.).

## Czy stopień lekarza oddzielić od stopnia doktora?

Napisał

prof. dr Antoni Cieszyński.

Zasadnicza różnica: Stopień lekarza jest stwierdzeniem przez komisyę i państwo, że kandydat posiada dostateczne wiadomości z nauk lekarskich do wykonywania praktyki. Komisya egzaminacyjna uniwersytecka stwierdza, że kandydat posiada dostateczne wiadomości; nie przesądza to jednakowoż, czy kandydat będzie miał prawo praktyki w kraju, zależne to jest od tego, czy kandydat jest obywatelem danego państwa. Prawo to rezerwuje państwo tylko dla swych obywateli.

Stopień zaś doktora medycyny jest stopniem uniwersyteckim, i to najniższym w karyerze naukowej, związanym z przedłożeniem rozprawy naukowej, a udzielanym dopiero po wysłuchaniu pewnej ilości półroczy medycyny, analogicznej do ilości półroczy, potrzebnych do ukończenia studyów lekarskich. Doktorami medycyny mogą być także obcokrajowcy. Doktorat medycyny nie nadaje żadnych praw do wykonywania praktyki.

I. Strony dodatnie połączenia stopnia lekarza ze stopniem doktora medycyny: 1) mniejszy trud ze strony kandydata i komisyi egzaminacyjnej, 2) zmniejszenie kosztów i czasu studyów lekarskich (ale zarazem zmniejszenie dochodów dla państwa).

Ujemne strony: 1) Kandydat niema sposobności zapoznania się ze źródłami nauki lekarskiej, monografiami, a przedewszystkiem z wielką ilością czasopism krajowych i zagranicznych. Nie poznawszy tych źródeł, jako lekarz praktykujący ogranicza się do podręczników dla studentów, a co gorzej, nawet skryptów i jedynem źródłem, uzupełniającem jego wiedzę, bywa później tylko czasopismo tygodniowe krajowe, o ile włada jednym tylko językiem poprawnie, albo jeszcze jedno pismo zagraniczne, o ile włada jeszcze jakim językiem obcym. Nie otworzywszy raz lekarzowi podczas jego studyów oczu na ogrom nagromadzonej w księgach wiedzy lekarskiej, na mnogą ilość czasopism, utrzymuje się go przez całe życie na nizkim poziomie, zamyka mu się z góry drogę do dalszego samokształcenia. Posiedzenia Towarzystwa lekarskiego nie zastąpią tego braku. Tworzy się dyletantyzm podczas naukowych dyskusyi. — 2) Zarzut jakoby prace doktorskie obniżały poziom nauki i przyczyniały się do produkowania chwastu naukowego, jest niesłuszny, poziom doktorskich prac zależny jest od wymagań, stawianych przez Wydział lekarski. — 3) Zarzut, jakoby słuchacz piszący pracę był oderwany od pracy systematycznej podczas swej nauki i tracił półrocze wyłącznie na opracowanie dysertacyi, nie jest słuszny. Opracowanie rozprawy może kandydat odłożyć na czas wolny od wykładów podczas półrocza i na czas wakacyi. Najodpowiedniejszy jest czas zaraz po złożeniu egzaminu państwowego, a zużyty na praktykę w klinikach i szpitalach.

II. Dodatnie strony osobnego doktoratu medycyny, nadawanego po przedłożeniu rozprawy: 1) Uniwersytet daje możność kandydatowi spróbowania sił w pracy naukowej i wypróbowania zdolności i upodobań. Kandydat, poznawszy raz źródła, nauczy się pogłębiać swą wiedzę i czerpać z nich w razie potrzeby. Człowiek, który podczas swych studyów nigdy z biblioteki uniwersyteckiej lub Towarzystwa lekarskiego książki nie pożyczył, pożyczać jej w życiu nigdy nie będzie — 2) Pewna liczba leka-

rzy, raz zachęconych do pracy, obserwuje dokładniej i poważniej przypadki swej praktyki i podaje do wiadomości przypadki rzadkie, dotychczas nie opisane. Wynika stąd korzyść dla danej jednostki przez pogłębienie wiedzy i korzyść dla nauki. — 3) Drobny materyał kliniczny zostanie opracowany. Leży on nieraz odłogiem i ginie dlatego, że kierownik zakładu czas swój musi poświęcić pracy poważniejszej. — 4) Przez rozdawanie systematyczne tematów przez kierownika zakładu można siłami słuchaczów opracować zagadnienia drobniejsze. — 5) Rozprawa, pisana przez kandydata medycyny, zbliża ucznia do profesora i tworzy między nimi ściślejszy łącznik. Równocześnie wytwarza się w zakładzie atmosfera pracy naukowej. — 6) Rozdawanie tematów, dopilnowanie ich opracowania zmusza profesorów do ciągłej pracy naukowej i śledzenia różnych gałęzi danej specyalności i przeszkadza zasklepianiu się w jednym temacie. Praca ta odrywa wprawdzie od pracy nad jednym tematem, wpływa jednakowoż dodatnio na całokształt prac w danym zakładzie naukowym. — 7) Pobudzanie kandydatów do pracy naukowej może mieć niezwykły wpływ na podniesienie się pewnej specyalności w naukach lekarskich. Dlatego też powinno się żądać od specyalistów, dla których powinien być bezwarunkowo zaprowadzony osobny egzamin po upływie pewnego czasu przed komisyą uniwersytecką, pracy doktorskiej ze specyalności, której dany kandydat poświęcić się zamierza.

Zwiększenie pracy profesorów przez nadawanie tematów, dopilnowanie ich opracowania i przez dodatkowe egzamina doktorskie nie powinno stawać na przeszkodzie w zaprowadzeniu osobnego stopnia doktora medycyny (dla dentystyki Dra med. dent., o ile zostanie zaprowadzony osobny program studyów, dla weterynaryi Dra med. wet.), które przyczynią się do pogłębienia wiedzy jednostki, podniesienia poziomu ogólnego lekarzy, zakładów naukowych i nauki lekarskiej.

III. Czy od stopnia doktora medycyny należy uzależnić prawo wykonywania praktyki lekarskiej? Doktorat medycyny nie jest koniecznie potrzebny do wykonywania praktyki lekarskiej. Rozdział stopnia lekarza od doktoratu medycyny istniał w Niemczech i nie uniemożliwiał ani nie utrudniał żadnemu lekarzowi wykonywania praktyki. Publiczność będzie lekarza (czy będzie miał, czy nie będzie miał doktoratu) zawsze tytułować »panie doktorze«. O rozmiarach jego praktyki rozstrzygać będzie zawsze jego osobista wartość i jego kwalifikacye lekarskie. Doświadczenie uczy, ze kto mógł złożyć egzamin państwowy lekarski, ten posiada także dostateczne kwalifikacye do napisania dysertacyi. Obniżenie wymagań ze strony Wydziału lekarskiego przyczyni się jedynie do obniżenia, a nie do podwyższenia stanu lekarskiego.

## Wiadomości bieżące.

**Warszawa**. Sejm uchwalił 7. IV. ustawę, powołującą do wojska na czas potrzeby wojennej lekarzy do 42 r. ż. Powołani zostaną w miarę zapotrzebowania naprzód młodsi, potem starsi; pełniący obowiązki publiczne mogą być zwalniani od służby czynnej na wniosek Ministra zdrowia.

— Ministerstwo zdrowia wydało rozporządzenie w przedmiocie reorganizacyi »państwowych zakładów epidemiologicznych« (Monitor polski Nr 78). Rozporządzenie to stwarza w Warszawie od 1. VI, b. r. państwowy »Centralny Zakład epimiologiczny«, wyrabiający zarazem szczepionki ochronne, a w Krakowie, Łodzi i Płocku przekształca istniejące stacye bakteryologiczne na »Zakłady epidemiologiczne«.

— W Ministerstwie zdrowia odbyły się kursa o chorobach wenerycznych i walce z nierządem dla urzędników sanitarno-obyczajowych.



## KONKURS.

L 316.

Zwierzchność gminna w Żabnie rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego w Żabnie nad Dunajcem, opróżnioną po śmierci ś. p. Dr Przybyszowskiego Wilhelma. — Oprócz tego praktyka lekarska w mieście i rozległej okolicy zapewnia znaczne dochody.

Podania należy wnosić do Zwierzchności gminnej w Żabnie, a bliższych informacyi dla pp. Lekarzy, reflektujących na tą posadę i na stałe osiedlenie się udzieli apteka Marcinowskiego w Żabnie. 250

Burmistrz: *Krukowski*.

— Na międzynarodową konferencyę w sprawie tyfusu plamistego, zwołaną do Wiednia na 14. IV. 1919, wyjechał imieniem Ministerstwa zdrowia podsekretarz stanu Dr Witold Chodźko.

— Przewodniczącym Sejmowej komisyi sanitarnej jest Dr Rottermund, jego zastępcą Dr Falkowski; prócz nich należą do komisyi z lekarzy Dr Bobrowski i Malewski; sekretarką jest p. Moraczewska. Komisya liczy 15 członków. »Zdrowie« (Z. 3.) podaje, że komisya uchwaliła zapraszać na swe posiedzenia Dr J. Polaka, prezesa Warsz. Tow. higienicznego. W dziennikach zaś pojawiła się bardzo niejasna wiadomość, że komisya postanowiła rozpatrywać rządowe projekta ustaw w odniesieniu (?) do swego własnego (?) projektu ustawy o zdrowiu publicznem.

**Poznań.** W Uniwersytecie poznańskim utworzono pierwszą w Polsce, a trzecią w Europie katedrę wychowania fizycznego, na którą powołano doc. Dr Eug. Piaseckiego ze Lwowa.

— Dzienniki donosły, że w Uniwersytecie poznańskim ma być już teraz otwarty także Wydział lekarski i że jako pierwszą utworzono katedrę ginekologii, powołując na nią prof. Dr Heliodora Święcickiego. Prof. Dr Święcickiego obrano też pierwszym rektorem Wszechnicy poznańskiej.

**Kraków.** Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 9. IV. posiedzenie, na którem Dr Eisenberg miał wykład: »O działaniu jadów na bakterye«.

— Dyrektor Urzędu lekarskiego zwiedził w tych dniach Zakład czyszczenia miasta, niektóre kuchnie ludowe, żłóbki, przytułki dla kalek i bezdomnych, stacyę ratunkową, poradnię dla matek i niemowląt, zakłady dezynfekcyjne, odwszawialnię w więzieniu, urządzenia higieniczne w fabryce cygar i wyraził szczególne uznanie dla żłóbka fabrycznego dla niemowląt.

— Dyplom doktorski uzyskała na Wydziale lekarskim p. Helena z Bandurów Mrozowska, rodem z Krakowa.

Odpowiedzialny redaktor:
**Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Nadesłane.

Treść:





Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.